

## Evaluación de Dolores de Cabeza

Numero de Cliente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

### ¿Cuándo tiene dolores de cabeza, que tan menudo usted?.. (Circule una contestación por pregunta)

- |   |       |           |            |         |
|---|-------|-----------|------------|---------|
| 1. ¿Se siente que va comenzar antes de convertirse en dolor de cabeza?  | Nunca | Raramente | Usualmente | Siempre |
| 2. ¿Tiene dolor moderado o severo?                                      | Nunca | Raramente | Usualmente | Siempre |
| 3. ¿Tiene dolor que pulsa o latide?                                     | Nunca | Raramente | Usualmente | Siempre |
| 4. ¿Tiene dolor severo en un lado de la cabeza?                         | Nunca | Raramente | Usualmente | Siempre |
| 5. ¿Tiene mas dolor cuando se mueve, se inclina o camina los escalones? | Nunca | Raramente | Usualmente | Siempre |
| 6. ¿Tiene nausea?   | Nunca | Raramente | Usualmente | Siempre |
| 7. ¿Tiene vómitos?  | Nunca | Raramente | Usualmente | Siempre |
| 8. ¿Siente que le molesta la luz?                                       | Nunca | Raramente | Usualmente | Siempre |
| 9. ¿Siente que le molesta el sonido?                                    | Nunca | Raramente | Usualmente | Siempre |
| 10. ¿Necesita limitar o no hacer actividades diarias?                   | Nunca | Raramente | Usualmente | Siempre |
| 11. ¿Querer acostarse en un cuarto que esta oscuro o sin sonido?        | Nunca | Raramente | Usualmente | Siempre |
| 12. ¿Ve manchas, líneas en zigzag o luces relumbrantes?                 | Nunca | Raramente | Usualmente | Siempre |

### Por favor conteste estas preguntas adicionales para poder darle mas información a su proveedor de cuidado de salud medica.

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Alguien en su familia inmediata padece de dolores de cabeza?  | Si | No |
| 2. ¿En el transcurso de su vida, usted a tenido por los menos 5 dolores de cabeza con los síntomas anotados arriba? | Si | No |
| 3. ¿A que edad usted padeció con dolores de cabeza? _____   |    |    |
| 4. ¿Qué tan a menudo tiene usted dolores de cabeza? _____   |    |    |
| 5. ¿Cuál medicina(s) toma usted para sus dolores de cabeza? _____   |    |    |

### Marque las declaraciones que son ciertas:

- |   |     |
|---|-----|
| 1. Mi medicina para dolor de cabeza no me quita el dolor.   | ___ |
| 2. Mi medicina para dolor de cabeza no me quita otros síntomas. (por ejemplo: nausea, sensibilidad a la luz). | ___ |
| 3. Yo me tomo mi medicina para dolor de cabeza mas de 2 o 3 veces al la semana.                               | ___ |
| 4. Mi medicina para dolor de cabeza me hace sentir adormilada.  | ___ |
| 5. Yo me tomo mas de un tipo de medicina para dolor de cabeza.  | ___ |
| 6. Mi dolor de cabeza puede durar 4 o 72 horas (sin tratamiento o tratamiento sin éxito).                     | ___ |

### Marque cualquier de los siguientes que le hace tener dolor de cabeza:

- |   |   |
|---|---|
| ___ Luces intensas, aromas o sonidos              | ___ Muy poco horas o muchas horas de dormir |
| ___ Cambio de tiempo                              | ___ Falta de comer                          |
| ___ Alergias o dolor o presión en el seno frontal | ___ Falta de cafeína o mucha cafeína        |
| ___ Tensión                                       | ___ Cambios de genio/excitación             |
| ___ Regla menstrual mensual/cambios hormonales    | ___ Ciertos alimentos o bebidas alcohólicas |

Firma de Cliente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### TO BE COMPLETED BY STAFF

### Assesment:

\_\_\_\_\_  
Clinician Signature

\_\_\_\_\_  
Date Agency Name